Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg
(Vorstand: Geh.-Rat Prof. Dr. Fr. Schieck)

Über das gleichzeitige Vorkommen eines Dermoids und Lipodermoids an einem Auge

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Franz Aull
aus
Kleinheubach (Mainfranken)

Würzburg 1937

Druck: Gauverlag Mainfranken GmbH., Zweigniederlassung Aschaffenburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Referent:
Geh. Rat Prof. Dr. Fr. Schieck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dermoide, Lipodermoide, Teratome sind die angeborenen Geschwülste der Bulbusoberfläche. Sie besitzen alle teratoiden Charakter, nur ist bald die eine, bald die andere ausgeprägter. Ueberschreiten sie das Gebiet der Hornhaut und gehen sie auch in die Bindehaut über, dann entwickeln sie sich zu großen, fleischigen Geschwülsten, die kein charakteristisches Aussehen mehr besitzen, sondern deren dermoidale Natur nur mikroskopisch erkannt werden kann. Ganz selten findet man diese Tumoren auch gestielt. Drei solche Fälle erwähnt z. B. Fano.

Dermoid.

Dermoide bilden durch Verlagerung an Gewebsbestandteilen der äußeren Haut in das Gebiet des Bulbus scharf umschriebene, erhabene weißrote Inseln, die Haare tragen Talg, Schweißdrüsen, Nerven, Gefäße, glatte und quergestreifte Muskelfasern, Knorpelscheiben enthalten können. Sgrosso berichtet über ein Dermoid, das sogar eine rudimentäre Zahnanlage enthielt.

Sitz: Meist unten außen, selten oben außen und zwar sind sie in der Bedeckung des Bulbus so eingefügt, daß sie mit dem größten Teil ihres Umfangs in der Hornhaut und nur mit einem kleinen Abschnitt in der Binde-Lederhaut wurzeln. In einer Reihe von Fällen kann man von „reinen" Cornealdermoiden sprechen, insofern die kleinen Tumoren durchaus dem Hornhautgebiete angehören.

Auch multiple Dermoide kommen vor. So beschreibt A. Wagenmann eine erbsengroße Geschwulst an der äußeren Hornhaut-Lederhautgrenze und eine zweite gleichartige Bildung in der unteren Uebergangsfalte, während eine dritte als lappiger Tumor entwickelt in der oberen Uebergangsfalte saß und hier einem Lidkolobom gegenüberlag. Mikroskopische Untersuchung lehrte, daß die Struktur eines Dermoids an den drei Stellen vorlag.

Lipodermoid.

A. Wagenmann und Nobbé verstehen unter Lipodermoid dieselbe Geschwulstgattung wie das Dermoid. W. Löhlein führt für eine Trennung der beiden Begriffe die Tatsache ins Feld, daß erstens das Lipodermoid zunächst an einer charakteristischen Stelle (zwischen dem Musculus rectus superior und

lateralis, nahe dem Bulbusäquator oben außen) angetroffen wird und zweitens die Neigung der Geschwülste zu Tage tritt, ungefähr zur Zeit der Pubertät mit dem Wachstum zu beginnen, dem Limbus corneae zuzustreben und diesen womöglich noch zu überschreiten. Auch die Form ist nach W. Löhlein weniger regelmäßig als die der Dermoide, ihre Konsistenz weicher von der Unterlage verschieblich. Diese Unterschiede beruhen darauf, daß diesen ebenfalls teratoiden Bildungen ein erhöhter Fettreichtum zukommt (Schieck). Die Geschwulst wird im Gegenteil zum Dermoid von normaler Bindehaut bedeckt, die nur in einem kleinen Teil auf der Höhe der Erhabenheit epidermisartigen Charakter annimmt. Die Lipodermoide sind ausnahmslos angeboren und in manchen Fällen mit anderen Fehlern vereint. Colomb berichtet über einen Fall, bei dem doppelseitiges Dermoid, doppelseitiges subconjunctivales Lipom, symmetrische Verbildung der Ohrmuscheln, Hautgeschwülste vor dem Tragus und linksseitiger angeborener Klumpfuß gleichzeitig vorhanden waren. Auch einige subconjunctivale Lipome können vorkommen, die ein- oder doppelseitig an symmetrischen Stellen des Conjunctivalsackes auftreten. Sie sind sehr viel seltener als die angeborenen Lipodermoide und sitzen wie diese gewöhnlich oben außen zwischen M. rectus ext. und rectus sup. Das Vorkommen dieser und ähnlicher Tumoren teilte Vossius ein und stellte folgende Regeln dafür zusammen.

1. Subconjunctivale Lipoide.
2. Reine subconjunctivale Lipome.
3. Fetthernien unter der Bindehaut.

Einteilung.

Nach Nobbé (über die Lipodermoide der Conjunctiva. Arch. f. Ophthalmol. XLIV).

Seine Grundlage ist die Topographie, denn mit der Verschiedenheit der Sitze ist auch zum Teil eine gewisse histologische Differenz verbunden.

1. Einteilung in solche der Corneoskleralgrenze;
2. solche der Uebergangsfalte;
3. solche der Karunkel.

Camille Hirsch zählte zu der Einteilung von Nobbé noch die Lipodermoide mit dem Sitz in der lateralen Commissur.

Die Tumoren der Cornea-Skleralgrenze enthalten vorwiegend dermoidale Bestandteile. Diese Tatsache führte dazu, daß man für sie heute noch den Namen „Dermoide" gebraucht. Die sie deckende Conjunctiva oder Cornea ist meist dermoidaler Beschaffenheit. Bei den Tumoren der Uebergangsfalte überragt das Fettgewebe. Der dermoidale Charakter tritt zurück, so daß auch auf Serienschnitten diese Bestandteile nur vereinzelt anzutreffen sind. Am häufigsten kommen sie zwischen M. rectus ext. und rect. sup. vor. Nach Nobbé bis zu 70 Prozent.

Geschichtliches:

Bögel gebraucht schon den Namen Lipom für die von ihm beschriebene Geschwulst, obwohl sich in ihr auch dermoidale Bestandteile fanden, und unterscheidet deshalb zwischen „Lipom" und „reinem Lipom". Die Existenz dieser „reinen Lipome" zweifelt er an und fordert eine genaue Untersuchung der Geschwülste, um mit Hilfe von Serienschnitten auch ganz vereinzelte Merkmale einer dermoidalen Struktur aufzufinden. Am ersten erwähnt Manchard ein Dermoid und beschreibt es als eine Geschwulst auf der Oberfläche des Auges 1742. Die erste genaue Beschreibung stammt von Masars de Cazèles 1766, in seiner Arbeit „Ueber einige Hämorrhagien und sonders über eine Geschwulst, die auf dem linken Auge entstand und die man mehrfach entfernen mußte." Die nächste Mitteilung gibt Wardrop 1808 und berichtet gleich über vier Fälle. Die erste Bezeichnung, deren man sich für die Geschwülste der Conjunctiva bediente, war „Fleischwärzchen" oder einfach „Warzen". Müller aus Oldenburg sagte in einer kurzen Notiz im Archiv für Ophthalmologie: „Unter den zahlreichen von verschiedenen Beobachtern mitgeteilten Fällen von angeborenen Conjunktivalwarzen sind meines Wissens nur drei, bei denen diese Geschwülste auf beiden Augen vorkamen. Ryba schuf das Wort „Dermoid" und beschrieb die hauptsächlichsten Eigenschaften dieser Geschwülste. Histologisch ließ sich bei den von Graefe untersuchten subconjunktivalen Lipoiden immer dermoidale Struktur erkennen. Aus diesem Grunde und weil die Mehrzahl der Beobachter dasselbe feststellen konnte, entstand die Bezeichnung: Lipodermoid.

Die vorwiegend von der äquatoriellen Zone der Bulbusoberfläche, von der Gegend der Uebergangsfalte ausgehend und bei weiterem Wachstum gegen und wohl auch auf der Hornhaut vorrückenden teratoiden Dermoide unterscheiden

sich nicht nur durch ihre Lokalisation, sondern auch durch ihre öfter hervortretende Neigung progressiv zu bleiben, sowie auch durch ihre histologischen Verhältnisse. Die epidermoidalen Bildungen können sich sehr wenig entwickelt zeigen, ausnahmslos macht sich ein starker Fettgehalt bemerkbar. Man bezeichnet daher die Geschwülste Lipodermoide der Conjunktiva. Diese können nach einem längeren Zustand wieder zu wachsen anfangen, wobei sie mit der Zeit sogar den Hornhautrand überschreiten und sich auf diesem weit ausbreiten können. Bisweilen erscheint der auf dem Cornearande sitzende Teil in der Form des auf diesem vorkommenden Dermoids, so daß es den Anschein hat, als ob diese Geschwülste zusammengeflossen wären. (Graefe: Vereinzeltes über Tumoren. — Schön: Ein Fall von Trichosis bulbi; Dermoidgeschwulst der Neueren.)

Das gleichzeitige Vorkommen von einem Dermoid auf dem Cornearande und einem Lipodermoid in dem peripheren Teile der Bulbusoberfläche ist mehrfach beobachtet worden.

Einige dieser Fälle sind auch in der Fachliteratur beschrieben worden und auch in der Würzburger Universitätsaugenklinik kam solch ein seltener Fall zur Behandlung. Nicht so selten dagegen sind Dermoide bzw. Lipodermoide gleichzeitig auf beiden Augen oder zwei bzw. drei auf einem Auge. Virchow, Müller, Bergmeister und noch andere Autoren beschrieben derartige Fälle ausführlichst.

1. Fall.

A. Wagenmann:

Ueber einen merkwürdigen Fall von Dermoidgeschwulst mit rudimentärer Entwicklung des Auges.
(Graefes Archiv 35 III, 111 (1889).

Friederike Bl., 18 Jahre alt, aus L. Links befindet sich eine Ptosis congenita. Kleines Lidkolobom am oberen Lid auf der Grenze des inneren und mittleren Drittels. Erbsengroßes, mit Härchen besetztes Dermoid auf der äußeren Cornea-Skleralgrenze, halb der Cornea halb der Sklera angehörend. In der äußeren Hälfte der oberen Uebergangsfalte ein zweites subconjunctivales Dermoid und eine dritte, kleine, lappige Geschwulst auch in der oberen Uebergangsfalte, welche der Stelle des Lidkoloboms entspricht. Die drei Geschwülste werden exstirpiert, darauf wird eine Ptosisoperation gemacht, der nach einiger Zeit eine Externustenotomie nachgeschickt wird. Die histologische Untersuchung dieser drei Geschwülstchen bestätigte die Diagnose

indem die Geschwulst der Corneaskleralgrenze sich als ein gewöhnliches Dermoid und die beiden anderen sich als ein subconjunctivales Lipodermoid erwiesen.

2. Fall.

Fricke:

Zur Kasuistik der kongenitalen Liddefekte. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1890, S. 53.)

Der Fall betraf ein 17jähriges sonst gesundes Mädchen, M. P. Cl aus H. Nach Angabe der Eltern bestehen die Mißbildungen von Geburt an. Familienanamnestisch nichts weiter zu erwähnen. Es zeigt sich in der rechten äußeren Augenbrauenhälfte eine kahle Stelle. Die Haut sieht dort narbig aus. Unter dieser kahlen Stelle befindet sich ein Lidkolobom. Am breitesten ist diese am Lidrande. Es teilt das obere Lid in zwei Teile und zwar ist der äußere größere Teil mit Cilien sowie mit Tarsus und Meibomschen Drüsen versehen; das gleiche Bild zeigt der innere kleinere Teil, ebenso weist er das obere Punctum lacrymale auf. Cilien und Meibom'sche Drüsen fehlen beiderseits und oberhalb des Kolobomrandes. Der Tarsus ist vollständig in zwei Teile geteilt. An dem oberen Rande des Lidkoloboms ist keine scharfe Grenze zwischen Haut und Conjunctiva vorhanden. Von der hinteren Fläche des oberhalb des Koloboms vorhandenen Hautwulstes ziehen mehrere symblepharonartige Falten zur Conjunctiva bulbi, von denen eine aus dem inneren Winkel des Koloboms entspringend noch bis auf die Cornea sich hinüberzieht. — Der äußere Teil des unteren Lids normal. Der innere Teil des Lidrandes ist jedoch vertieft und mit einer weißen, narbig veränderten Haut bedeckt; dort fehlen Meibomsche Drüsen und Cilien. Nahe dem Canthus internus geht die narbige Haut des Lidrandes noch etwas auf die hintere Fläche des Lides über und setzt sich mit einer scharfen Linie gegen die Conjunctiva palpebrae ab. Dieser Stelle ist die Conjunctiva bulbi adhaerent, so daß beim Abziehen des Lids mehrere radiär auf die Stelle zulaufende Falten sich ausspannen. Plica semilunaris und Karunkel fehlen. Unteres Punctum lacrymale vorhanden und findet sich an der äußeren Grenze der vertieften Stelle. Unteres und oberes Tränenkanälchen durchgängig und führt zu normalem Tränensack und Tränennasengang. Beim Auseinanderziehen der Lider am Canthus externus springt ein flacher, bei geradeaus gerichtetem Blicke vom Canthus bis auf 5 mm an die Cornea heranreichender Tumor vor. Wegen des großen vorhandenen Defektes ist vollständiger Schluß der Lidspalte spontan nicht möglich, drückt man aber die Lider zusammen, so ist der Tumor ganz unter demselben verborgen. Seine gelbliche Oberfläche ist von Conjunctiva bedeckt, welche nach außen hin ziemlich gespannt in die Haut des Canthus externus übergeht, nach innen hin in einer locker sitzenden Falte auf der Sklera sich umschlägt. Der Tumor zeigt in seiner Mitte eine vom äußeren Lidwinkel horizontal nach innen verlaufende Einschnürung. Härchen sind auf seiner Oberfläche auch mit der Lupe nicht aufzufinden. Er ist wohl als kongenitales Lipom oder Dermoid aufzufassen. Cornea des rechten Auges ist geprüft, zeigt eine xerotische Oberfläche, da sie stets den Schutz der Lider entbehrt hat. Von Geburt war sie aber ziemlich klar. —

Am linken Auge befindet sich am oberen Lide ungefähr 10 mm vom inneren Lidwinkel entfernt ein flach-dreieckiger Defekt. Die Schenkel des Dreiecks tragen normale Cilien und Meibom'sche Drüsen in der Ausdehnung von 2 mm. Dementsprechend ist der Tarsus in seiner ganzen Höhe gespalten. Beide Teile lassen einen 2 mm breiten Raum Zwischensicht, in dem das Lid nur aus Haut, Conjunctiva und Orbicularis besteht. — Unteres Lid und Tränenapparat normal. Dagegen trägt der Limbus corneae unten — innen ein rötlich-weißes Dermoid von ovaler Gestalt. Es sitzt zur Hälfte auf der Sklera, zur anderen Hälfte auf der Cornea. Seine glatte Oberfläche zeigt Härchen. Am Canthus externus sitzt unter den Lidern ein Tumor, welcher sich von dem auf der rechten Seite vorhandenen nur durch etwas geringere Größe unterscheidet. Sonst ist die Cornea links, soweit sie nicht von dem Dermoid bedeckt ist klar. Keinerlei Spaltbildungen des Uvealtraktus oder des Opticus vorhanden. — Bei der Patientin zeigten sich außerdem noch angeborene Mißbildungen des Gesichts und der beiden Ohrmuscheln.

Wir finden also in diesem Falle am rechten Auge ein großes Kolobom des oberen Lides und ein angedeutetes Kolobom des unteren.

Am linken Auge ein kleines Kolobom des oberen Lides und ein Dermoid am Cornealrande. Beiderseits im Canthus externus ein congenitales dermoidähnliches Lipom.

3. Fall.

Horner:

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1864 S. 190.

B. Z., 28 Jahre alt.

Folgende Abnormitäten wurden festgestellt:

Linkes Auge:

Auf der äußeren unteren Hornhautgrenze sitzen zwei rundliche, weißrötliche Geschwülstchen. Die obere, den Horizontaldurchmesser der Hornhaut teilweise noch besetzende Geschwulst geht mehr nach der Sklera als nach der Cornea hin und ist etwas überhängend, so daß der Ansatz schmäler ist als die Oberfläche. Konsistenz wenig elastisch, Zahl der Haare spärlich. Die untere, kleinere, eng anschließende Geschwulst sitzt zu gleichen Teilen auf der Cornea und Sklera und hat rötliche Färbung. Beim Hinaufziehen des oberen Lides erscheint zwischen Rect. externus und Rect. superior ein dritter Tumor. Er ist glatt, gelbrötlich, weich, hat die Größe einer Mandel und ist mit zahlreichen feinen Härchen besetzt. Indem er ganz im oberen äußeren Teil der Uebergangsfalte gegen die Tränendrüse hin liegt, kann sein oberes Ende nicht ganz umgrenzt werden, sein vorderer unterer Rand ist ziemlich scharf, die schmalen Seitenränder verlaufen fast unmerklich in die Conjunctiva.

Rechtes Auge:

Das obere Augenlid zeigt in seiner inneren Hälfte ein doppeltes Kolobom. Zwischen den beiden Spalten befindet sich ein kleines rudimentäres Mittelstück, ein Hautklümpchen mit langen weißen

Cilien besetzt. Der äußere Rand des Koloboms ist ganz scharf, der Tarsus senkrecht durchtrennt, Haut und Conjunctiva nicht wulstig, der innere Rand der Doppelspalte ist niedriger und etwas weniger scharf. Beim ruhigen Schluß der Lider bleibt eine Doppellücke. In dem größeren äußeren Ausschnitt wird ein den unteren inneren Hornhautquadranten einnehmendes Leukom sichtbar. Es ist die Folge einer im zweiten Lebensjahre entstandenen eitrigen Keratitis.

Beim Aufheben des Lides entdeckt man zwischen Rect. sup. und Rect. ext. eine rötlich-gelbe Geschwulst, die der linksseitigen ganz gleicht, sie aber an Größe übertrifft. Die Geschwulst sitzt hier in einer Duplikatur der Conjunctiva, die sich leicht abheben läßt. Die Seitenränder sind durch die breiten Bänder der auf die Geschwulst aufsteigenden Conjunctiva besetzt, die konvexe Fläche trägt Wimperhaare.

Alle vier Geschwülste tragen deutlich die Anzeichen von cutisartigen Bindegewebsgeschwülsten, deren Form entsprechend dem Sitze sich insofern ändert, als nahe dem Zellgewebe der Orbita auch in dem congenitalen Tumor die lipomatöse Natur überwiegt. (Lipodermoid!)

4. Fall

Miller, I. M.:

Congenital dermoid cyst of cornea in conjunction with dermolipoma. Americ. journ. of ophthal. (Band 7, N. 9, S. 703 bis 704, 1924.)

Große Dermoidcyste rechts am Limbus und Lipodermoid am linken äußeren Lidwinkel und in beiden Orbitae.

5. Fall.

Nobbé:

Ueber die Lipodermoide der Conjunctiva. Graefes Arch. 44, 334 (1897).

August B. aus Worms, $3^1/_2$ Jahre alt.

Rechtes Auge:

Starker Conjunctivalkatarrh mit Tränensackblenorrhoe. Kolobom des oberen Lides im inneren Drittel, der obere Tränenpunkt liegt nach innen vom Defekt. Am unteren Lid nach innen vom inneren Tränenpunkt ebenfalls eine Einkerbung des Lidrandes, vermutlich mehr eine Andeutung eines Koloboms darstellend. Am unteren Hornhautrande flach aufsitzendes Dermoid, das ungefähr $2^1/_2$ mm auf die Hornhaut übergreift. Am nasalen Rande minimales Geschwülstchen gleicher Art, stecknadelkopfgroß, geht nicht ganz zur Hälfte in die Hornhaut hinein.

Am lateralen Teil des Conjunctivalsackes ist ein großes Lipodermoid, das ebenso weit nach oben als nach unten auf die Übergangsfalte übergreift, von gelblicher Farbe; in der Mitte der Geschwulst zeigt sich eine weißliche cutisähnliche Stelle, die äußere Commissur hängt durch eine strangförmige Falte direkt mit der Oberfläche des

Tumors zusammen. Am inneren Ende der Augenbraue sieht man eine linsengroße, flache Verdickung, vielleicht ein kleines Lipom, ohne auffallende Veränderung der Haut. Dieselbe liegt in der Verlängerung des Koloboms.

Linkes Auge:

Kolobom am oberen Lid genau so wie am rechten Auge. Oberhalb des oberen Endes des Lidkoloboms befindet sich ebenso ein linsengroßer, flacher, subkutaner Tumor. Derselbe entspricht dem oberen Ende des Lides. An der Conjunctiva sieht man einen der Lage nach ganz analogen Tumor, ebenfalls auf die obere und untere Uebergangsfalte übergreifend, eine kleine cutisartige Stelle zeigend. Härchen sind darauf nicht zu bemerken.

Histologisch wurden die Befunde bestätigt.

6. Fall.

Dumington, John H.:

Bilateral multiple ocular dermoids. Report of a case. Arch. of Ophthal. 1929.
Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie 1930, S. 270.

Bei einem zweijährigen Mädchen besteht beiderseits leichte Ptosis und Hypermetropie. Außerdem finden sich rechts drei bläulichgraue Knoten am oberen Limbus, die in die Cornea hineinragen. Reizerscheinungen sind nicht vorhanden. Die Oberfläche der drei Tumoren ist glatt. Auf dem linken Auge haben die etwas größeren Tumoren eine mehr rötlich-gelbe Farbe und an der trocken aussehenden Oberfläche deutliche Häkchen. Das dritte im horizontalen Meridian außen im Limbus liegende Dermoid ist von dem Nachbardermoid durch einen schmalen Streifen Cornea getrennt. Das größte Dermoid ragt fast bis in den Pupillenbereich der Hornhaut hinein. In Narkose konnte noch ein subconjunctivales Lipodermoid zwischen Rect. sup. und Rect. ext. vorgefunden werden. Die Limbusdermoide und das subconjunctivale Lipodermoid wird ohne Bindehautplastik operativ entfernt. Normaler Heilungsverlauf.

Histologische Untersuchung: Hautreste in der Bindehaut, Haarfollikel, Talgdrüsen, in der Tiefe einige Schleimhautdrüsen. Bemerkenswert ist, daß am rechten Auge die Limbusdermoide von Schleimhaut und nicht wie links von Epidermis bedeckt sind, ebenso das Vorhandensein von Schleimdrüsen.

7. Fall

Ueber Enkanthoschisis und andere angeborene Anomalien des Auges, von Dr. Camill Hirsch, Prag. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1912/2.

Johann M., 18 Jahre alt.

Die Affektion am linken Auge besteht seit Geburt unverändert. Von der Trübung in der rechten Hornhaut weiß er nichts anzugeben.

Linkes Auge:

Das Auge ist reizfrei, genau am lateralen Ende des horizontalen Meridians sitzt halb in der Cornea, halb in der Sklera ein halbkugeliger Tumor unverschieblich der Unterlage auf. Die Oberfläche ist im ganzen eben, trocken, auf der Kuppe befindet sich ein erotischer Fleck. Beim Blicke geradeaus berührt seine laterale Circumferenz fast die Mitte einer zweiten Geschwulst. Bei Abduktion des Auges sieht man zwischen beiden Tumoren zirka 15 mm normale Augenoberfläche. Unter dem lateralen Augenwinkel sitzt ein subconjunctivales Lipom, halbmondförmig plattgedrückt an dem äußeren Augenwinkel fixiert. Der Tumor ist von normaler Bindehaut überzogen, durch welche die gelbe Farbe des Fettes durchschimmert. Bei Abduktion schieben sich die beiden Geschwülste zusammen, wodurch die Beweglichkeit des Augapfels nach außen leicht behindert ist. Die übrigen äußeren und ophthalmoskopischen Verhältnisse sind normal.

Rechtes Auge:

Am rechten Auge sehen wir zwei nicht miteinander zusammenhängende Lipodermoide. Das erste ist ein typisches Dermoid der Cornea-Skleralgrenze und das zweite ein größeres Lipodermoid der Uebergangsfalte.

8. Fall

Universitätsaugenklinik Würzburg.

W. Babette, 18 Jahre alt, aus Sch. Aufenthaltszeit: 14. Mai 1935 bis 1. Juni 1935. Zweiter Aufenthalt: 3. Juli 1935 bis 10. Juli 1935. Krankheit: Zwei Dermoide des linken Auges.

Anamnese: Die Patientin war angeblich früher nie augenkrank. Von Geburt an befindet sich am linken Auge kleine, etwa linsengroße Geschwulst am äußeren Cornearande, die das Sehen anfangs nicht beeinträchtigte. Als $^1/_4$jähriges Kind wurde sie in der Erlanger Augenklinik untersucht und mit dem Bescheid entlassen, daß das Sehen nicht darunter leide und der Tumor nicht größer werde. Vor zwei Jahren bemerkte die Patientin, daß sie am linken Auge deutlich schlechter sah, auch soll sich die Geschwulst etwas vergrößert haben. Ihr Arzt gab ihr den Rat, die Geschwulst entfernen zu lassen.

Am 7. März 1935 suchte die Patientin die hiesige Universitätsaugenklinik auf. Es wurde ihr operative Entfernung vorgeschlagen.

Befund:

V r $^5/_4$ + abg. N_1

li $^5/_{20}$ p + u. — abg. N_3

Beide Augen im ganzen reizlos. Aus Tränensäcken nichts ausdrückbar. Rechtes Auge ohne Geschwulst.

Linkes Auge: Am Limbus etwa linsengroßes Dermoid bei 3h, zur Hälfte auf die Hornhaut hinaufreichend, von rosa Farbe und weicher Konsistenz.

Ein großes, weiches, den äußeren Lidwinkel ausfüllendes cystisches Gebilde, mit breiter Basis auf der Lederhaut aufsitzend und auf dieser leicht verschieblich, wahrscheinlich von der Muskulatur ausgehend. Die Hornhaut ist klar und die Oberfläche spiegelnd. V. K.: o. B. Iris: o. B. Die Pupille ist rund und reagiert prompt auf Licht und Konvergenz.

Palpatorisch Bulbusdruck nicht erhöht. Keine Druckschmerzhaftigkeit des Bulbus.

18. Mai 1935: Die zwei Dermoide wurden entfernt.

23. Mai 1935: Guter Heilverlauf. Bulbus im ganzen mäßig gereizt. Bohrsalbenverband.

18. Mai 1935: An den Stellen der Abtragung wird eine geringgradige Schwellung der Conjunctiva bulbi festgestellt. Bulbus reizlos.

1. Juni 1935: Patientin wird heute aus stationärer Behandlung der Klinik entlassen.
Re. in 6 bis 8 Wochen.
Ord. Borsalbe.
V re $^{5}/_{4}$ + Abg. N1.
li $^{5}/_{20}$ p gbn. N3 wirksam.

3. Juli 1935: Die Patientin wird heute erneut in die Klinik aufgenommen, da im temporalen Teil des Bulbus noch ein Dermoidrest zurückgeblieben ist.
Auch ist die Bulbusbindehaut bei 3h bis fast zur Hornhautmitte flügelfellartig vorgewachsen, in die reichlich Gefäße einsprossen.
(N. B. Flügelfell: Pterygium, dreieckiges gefäßreiches Hautbändchen vom inneren Augenwinkel zur Cornea.)

4. Juli 1935: Abtragung des Dermoidrestes.

8. Juli 1935: Guter Heilverlauf. Bulbus nahezu völlig reizlos. Conjunctiva bulbi blaßt an der Operationswunde sehr schön ab. Nachbehandlung mit Borsalbe.

Auch in diesem Falle haben wir es mit einem Dermoid und einem Lipodermoid zu tun. Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Es handelte sich bei dem Gebilde der Hornhaut-Bindehaut um eine wenig charakteristische, hauptsächlich aus Bindegewebe mit Gefäßen und unregelmäßigem Epithel bestehende Geschwulst, während die periphere fast nur Fettdepots enthielt.

Wie wir an diesen Fällen sehen, befinden sich die Dermoide auf der Cornea und die Lipodermoide auf der Conjunctiva des Auges, auch wenn sie gleichzeitig auf einem Auge vorkommen.

Pathogenese: Während Ryba 1838 (v. Ammon's Monatshefte f. Med. Augenheilkunde und Chirurgie, Teil I, S. 658) die Ansicht ausspricht, daß die Dermoide sich infolge eines gestörten Schlusses der schrägen Gesichtsspalten und somit auch der Lidspalten dadurch entwickeln, daß die entsprechende offen bleibende Bindehautstelle eine der äußeren Haut ähnliche Beschaffenheit annimmt, führte van Duyse 1882 (Macrostomes congenitaux avec tumeurs préauriculairs et dermoide de l'oeil. Extrait des Ann. de la Soc. de Med. de Grand S. 28) die Entstehung derselben darauf zurück, daß das Amnion an einer Stelle mit der Oberfläche des Bulbus verwächst. Diese Erklärung ist unter anderem auch von Gallenga 1898 (Ulteriore contributo allo studio della genesi dei teratomi della superficie corneo-conjunctiva le 15 Congr. della assoc. ott. ital. Ann. di Ottalm. XXVII S. 578 und 1899 Ulterior contributo allo studio della genesi de teratomi corneo-conginuntivali. Consideragioni e ricuche. Ann. di Ottalm. XXVII S. 514) bekämpft worden, der darauf hinweist, daß das Amnion nicht das Material zur Bildung solcher Tumoren in sich trägt. Für die reinen typischen Dermoide nimmt er die Erklärung Ryba's an, während er die sogenannten gemischten, vielfach Drüsenbestandteile enthaltenden Lipodermoide als Folgezustände von Störungen in den verschiedenen Phasen der Entwicklung des Auges und seiner Adnexe ansieht, wobei besonders abnorme Entwicklungsvorgänge der Tränendrüsen und der Krause'schen Drüsen in Betracht kommen.

Zum Schlusse ist es mir angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Professor Dr. Fr. Schieck meinen verbindlichsten Dank für die Ueberlassung des Themas auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Ueber die Lipodermoide der Conjunctiva. Arch. f. Ophthal. XLIV.
2. Ueber einen merkwürdigen Fall von Dermoidgeschwulst mit rudimentärer Entwicklung des Auges . . . Graefes Arch. 35 III, 111 (1889)
3. **Fricke:** Zur Kasuistik der kongenitalen Liddefekte . . . . Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1890.
4. **Horner:** Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1864.
5. **Miller J. M.:** Congenital dermoid cyst of cornea in conjunktion with dermolipoma . . . . .Americ. journ. of ophthalm 1924 15 and 7.
6. **Nobbé:** Ueber die Lipodermoide der Conjunktiva . . .Graefes Arch. 1897.
7. **Dumington, John H.:** Bilateral multiple ocular dermoids. Report of a case . . . Arch. of Ophthalm. 1929.
8. Ueber Eukanthoschisis und andere angeborene Anomalien des Auges von Dr. Camill Hirsch, Prag. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde 1912/2.

Lebenslauf.

Ich wurde am 28. Dezember 1910 in Kleinheubach Mfr. als Sohn des Reichsbahnoberinspektors Anton Aull und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Gsottschneider geboren.

Die Volksschule und Oberrealschule besuchte ich in Aschaffenburg. Frühjahr 1931 bestand ich das Abitur dortselbst. Von 1931 bis 1936 war ich an der Universität Würzburg eingeschrieben. Herbst 1936 unterzog ich mich dem mediz. Staatsexamen. Von Dezember 1936 an bin ich an der Universitätskinderklinik tätig.

Würzburg, den 20. Oktober 1937.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorstehende Dissertation unter Benutzung der angegebenen Literatur selbständig angefertigt habe.

Franz Aull